

県内・県外

令和7年度 釜石市高齢者広域予防接種（インフルエンザ・新型コロナウイルス）

実施依頼申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

釜石市長 宛て

ご本人・ご家族が記入できない場合や、介護・医療従事者が同意を得て代理申請する場合は、施設の住所や施設長名を記載してください。

申請者 住所 ○○○○○○○○○○○  
氏名 ○○○ ○○  
接種者との続柄（ ○○ ）  
（電話番号 ○○○-○○○○-○○○○）

予防接種法に基づき釜石市が実施する高齢者広域予防接種を受けたいので、下記により予防接種受診票(受診券)の発行を申請します。

|                                       |   |                                |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| 予防接種の種類<br>(該当するものを☑してください)           | <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症  | インフル、コロナと両方申請する場合は、2箇所☑してください。 |
| 被接種者<br>(予防接種を受ける人)                   | 住所  | 釜石市<br>○○町○○-○-○               |
|                                       | フリガナ  | カマイシ ハナコ                       |
|                                       | 氏名  | 釜石 ハナ子                         |
|                                       | 生年月日  | 大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日              |
|                                       | 電話番号  | ○○○ - ○○○○ - ○○○○              |
| 入院・入所先名称                              | 病院名または施設名   |                                |
| 入院・入所先住所                              | 〒○○○-○○○○<br>○○県○○市○○町○○-○-○  |                                |
| 接種依頼先<br>医療機関名                        | 医療法人○○○ ○○○医院 など  |                                |
| 接種依頼先<br>住所・電話番号                      | 〒○○○-○○○○<br>○○県○○市○○町○○-○-○<br>電話番号○○○-○○-○○○○   |                                |
| 理由<br>(該当するものを☑してください)                | <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種したいため <input checked="" type="checkbox"/> 入院・施設入所中のため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )       |                                |
| 書類送付先<br>(該当するものを☑してください)             | <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所(入院・入所先等) 宛名 ( )<br><input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ<br><input type="checkbox"/> その他 〒 |                                |
| ※書類送付先を接種医療機関にする場合は、事前に医療機関に確認してください。 |   |                                |